


VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

		GOBIERNO DE EL SALVADOR	
Hospital Nacional "San Rafael", Santa Tecla, La Libertad		UNIDAD DE ADQUISICIONES	
UAC1 del Hospital San Rafael		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	
		PREVISION NO:20254108	

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	Santa Tecla 28 de Octubre del 2016	No.Orden:316/2016
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE		NIT
GRUPO PAILL S. A. DE C. V.		06141512001054


CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
		LINEA:0202 Atención Hospitalaria-Medicamento de Uso Hospitalario		
600	Cada Uno	CÓDIGO 00906005 - FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 10mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE I.M. - I.V. -S.C. AMPOLLA 1ml, PROTEGIDA DE LA LUZ - (Vitamina K PI 10mg/ml Solución Inyectable; Concentración: Fitomenadiona (Vitamina K1) 10mg; Presentación: Ampolla x 1ml; Marca: PAILL; Origen: El Salvador; Vencimiento: No menor de 1 año) (R-3)	\$0.44	\$264.00
5000	Cada Uno	CÓDIGO 01300015 -FENTANIL (CITRATO) 0.05mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE I.M. - I.V. AMPOLLA 2ml, PROTEGIDA DE LA LUZ - (Fentanil Citrato PI 0.05mg/ml Solución Inyectable; Concentración: 0.05mg; Presentación: Ampolla x 2ml; Marca: PAILL; Origen: El Salvador Vencimiento: No menor de 1 año)(R-4h	\$0.49	\$2,450.00
300	Cada Uno	CÓDIGO 02302015 -OCTREOTIDA (ACETATO) 0.1mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE S.C AMPOLLA 1ml, PROTEGIDA DE LA LUZ - (Octreotide PI 0.10mg/ml Solución Inyectable; Concentración: Octreotide (Acetato) 0.1Omg; Presentación: Ampolla Ambar x 1ml; Vencimiento: No menor de 1 año; Marca: PAILL; Origen: El Salvador; Vencimiento: No menor de 1 año) (R-6)	\$7.22	\$2,166.00
TOTAL			4	\$4,880.00

SON: cuatro mil ochocientos ochenta 00/100 dolares

OBSERVACION: Para efectos de pago, facturar (CONSUMIDOR FINAL) a nombre de TESORERIA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL., presentar duplicado cliente y cinco (5) fotocopias, escribir en la factura, No. de ORDEN DE COMPRA 316/2016, No. de SOLICITUD DE COTIZACION 212/2016 y SOLICITUD DE COMPRA 223/2016, de FARMACIA. El pago de las obligaciones se hará efectivo dentro de los 60 días calendario posterior a la recepción de la factura y acta del producto.

LUGAR DE ENTREGA:Almacén de Medicamentos del Hospital, la recepción se realizara en días hábiles, en horario de 7:30 am. a 12:00 md. Deberá presentar NOTA DE REMISION o ENVIO cumpliendo con los requisitos necesarios para la identificación del proceso y producto según lo detalla la Orden de Compra.

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

 <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> Titular o Designado</p>	<p style="text-align: center;">DOCUMENTO DISTRIBUIDO</p> <p style="text-align: center;">FECHA: 01 NOV 2016</p> <p style="text-align: center;">U.A.C.I. HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL</p>
 <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p>	  <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> Suministrante</p>

ANEXO DE LA ORDEN DE COMPRA No. 316/2016

ENTREGA:

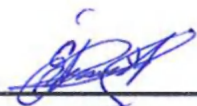
- Reglones 3 y 6: 1-5 días hábiles a partir del día siguiente a la distribución de la Orden de Compra
- Reglón 4: 1-5 días hábiles a partir del día siguiente a la de recepción de permiso de la DNM.

La administración de la Orden de Compra, estará a cargo del Dr. Rafael Antonio Mejía Meléndez, Asesor de Suministros Médicos, de este hospital, quien actuara de conformidad a lo dispuesto en el numeral 6.10 del Manual de Procedimientos para el ciclo de Gestión de Adquisiciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública y en la LACAP.

Al momento de la entrega del producto o servicio, traer sello para sellar Acta de Recepción. Para evitar inconvenientes en el pago de su factura, sacar QUEDAN inmediatamente, después de la entrega del producto.

SI ALGUNO DE LOS RENGLONES PASARA DE \$ 2,517.00, FAVOR PRESENTAR RECIBO DE PAGO DE ANALISIS DE CONTROL DE CALIDAD DE MINISTERIO DE SALUD.

FONDO GENERAL



SUMINISTRANTE

